

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

所在地  
申請者  
名 称  
印

介護保険法に規定する事業所に係る指定（更新）を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - ) (ビルの名称等)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種別				法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名			フリガナ 氏名	生年月日
	代表者の住所		(郵便番号 - )				
指定(更新)を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	事業所等の名称						
	事業所等の所在地		(郵便番号 - ) 五島市				
	同一の所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定(有効期間満了)年月日	既に指定を受けている事業等の指定年月日		様式
	訪問型	従前の訪問介護相当サービス					
		訪問型サービスA					
通所型	従前の通所介護相当サービス						
	通所型サービスA						
総合事業事業所番号							(既に指定を受けている場合)
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

- 備考 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。